

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA

PARALYSIE

DES

Quatre dernières Paires Craniennes

PAR

René HOCHARD

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

ANCIEN INTERNE DES SANATORIUMS POPULAIRES DE PARIS

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

IMPRIMERIE DE LA FACULTE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e A⁺)

1918

86

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA

PARALYSIE

DES

Quatre dernières Paires Craniennes

PAR

René HOCHARD

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

ANCIEN INTERNE DES SANATORIUMS POPULAIRES DE PARIS

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e A^t)

1918



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Assesseur	M. G. POUCHET.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ DEBOVE
	{ WIDAL.
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRE MARIE.
Clinique des maladies du système nerveux	{ PIERRE DELBET
	{ QUENU
	{ HARTMANN
Clinique chirurgicale	
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ RIBEMONT-
	{ DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MA RFAN

Agrégés en exercice

MM.	GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE
ALGLAVE	GUILLAIN	LERL	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	LABBE HENRI	MOCOQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LAIGNEL-LAVAS	MULON	SCHWARTZ (Anselme)
CASTAIGNE	TINE.	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	BETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en tiend leur donner aucune approbation ni im-
por-
bation

A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance et de ma respectueuse
affection.*

A MA FAMILLE

AUX FAMILLES ARLÈS ET BURGI

*En souvenir de leur inaltérable amitié
et du bon accueil qu'ils m'ont toujours
réserve.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A.-B. MARFAN

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Officier de la Légion d'honneur

Qui veut bien présider notre thèse.

Respectueux hommages.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE PARIS

*Qui voudra bien agréer l'expression de
notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. LORTAT-JACOB

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous inspirer cette
thèse, nous adressons l'expression
de notre vive gratitude.*

A MONSIEUR H. LÉGER-DOREZ

CHIRURGIEN-DENTISTE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*A qui nous sommes redevables de nom-
breux bienfaits.*

En très respectueux hommages.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. HALLEZ

*Que nous remercions bien sincèrement
de sa bienveillance.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
D'ANGERS

M. LE DOCTEUR CH. MARTIN

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

*Qui voudront bien trouver ici l'expression
de mon profond respect.*

A MES ANCIENS CHEFS MILITAIRES

AU LIEUTENANT MOREAU

*En souvenir de la sympathie qu'il a
bien voulu toujours nous témoigner
et de sa bonne amitié.*

INTRODUCTION

La paralysie des quatre derniers nerfs craniens a été envisagée d'abord séparément, puis groupée en syndromes dont l'étude clinique a été complétée pendant ces dernières années, et particulièrement à la lumière de la pathologie de guerre.

Si nous voulons retracer l'historique du syndrome, qui nous intéresse actuellement nous la résumerons dans le tableau suivant.

Syndrome d'Avellis : spinal incomplet (branche interne) constituée par : paralysie vélo-laryngée.

Syndrome de Schmidt : spinal complet (branches interne et externe.

Paralysie unilatérale du voile et du pharynx accompagné d'une paralysie du sterno-cleido-mastoïdien et du trapèze.

Syndrome de Jackson : Spinal + hypoglosse.

Paralysie, associée, unilatérale du larynx, du voile et de la langue ; par lésion de la branche externe du spinal, et d'une partie de l'hypoglosse.

Syndrome de Tapia : Spinal externe + grand hypoglosse + pneumogastrique.

Paralysie d'une corde vocale et de la langue du même côté avec intégrité du voile. Il est souvent associé à une paralysie du sterno-mastoïdien et du trapèze.

Syndrome de Vernet ou du trou déchiré postérieur
Glosso Pharyngien + spinal + pneumogastrique

Syndrome total (Collet). — **Syndrôme du carre-four condylo déchiré postérieur** (Sicard) type pur de paralysie des quatre derniers nerfs craniens.

Syndrome de Villaret ou de l'espace rétro-parotidien postérieur. — Paralysie des quatre derniers nerfs craniens avec lésion associée du grand sympathique, révélée par : une énoptalmie, un rétrécissement de la fente palpébrale et du myosis.

Nous voulons ici rapporter deux exemples du syndrome total ou de la paralysie des IX, X, XI et XII.

Précédemment, nous dirons quelques mots des rapports intracrâniens et de la physiologie de ces nerfs priant le lecteur de bien vouloir se reporter, pour plus amples renseignements à la thèse de Vernet Lyon, Mars 1916.

CHAPITRE I

Rapports principaux des quatre derniers nerfs craniens

Les noyaux d'origine se trouvent rassemblés au niveau de la moitié inférieure du 4^e ventricule. Superficiellement en allant de dedans en dehors l'aile blanche interne donne naissance au XII, l'aile grise recevant les rameaux sensitifs des X et du IX. A côté, en avant et un peu en dehors le noyau solitaire absorbe quelques des mêmes fibres de ces nerfs.

Profondément le noyau ambigu donne naissance aux fibres motrices du X et du IX.

Les nerfs IX, X et les fibres bulbaires du XI émergent du bulbe à la partie supérieure du sillon collatéral et dans cet ordre en allant de haut en bas.

Les filets médullaires du XI émergent sur les cordons latéraux de la moelle un peu en avant du sillon collatéral postérieur.

Le XII naît à la face antérieure du bulbe dans le sillon longitudinal qui sépare l'olive de la pyramide antérieure.

Rapports intracraniens. — Les IX, X et XI entourés d'une gaine arachnoïdienne commune se dirigent vers le trou déchiré postérieur. Le X recouvrant le XI et le XI étant situé immédiatement en arrière du X entre la base du crâne et le cervelet.

Le XII situé en avant se dirige vers le trou condylien ant. par où il sort du crâne.

Rapports de la portion intrapariétale. — Dans le trou déchiré postérieur le IX occupe la partie ant. et la plus interne séparé des deux autres nerfs par une lame fibro-cartilagineuse. Le X est en arrière du IX et en avant du XI. Le XII sorti par le trou condylien ant. croise successivement le IX et le X.

Rapports dans l'espace rétro-parotidien post. — L'espace rétro-parotidien post. est limité en arrière par la colonne vertébrale, en dedans par le pharynx, en dehors par le muscle sterno-cleido-mastoïdien, en avant par les muscles du bouquet de Riolan. Les nerfs sont groupés autour de la carotide et de la jugulaire de la façon suivante : Le IX est placé sur le côté des muscles styliens entre l'artère en dedans et la veine en dehors.

Le X est dans l'espace postérieur constitué par l'adossement de l'artère et de la veine.

Le XI est derrière le X.

Le XII est en dedans.

De cet espace rétro-parotidien postérieur chacun des nerfs suit un trajet particulier.

Le IX après avoir contourné la carotide se place sur

la face postérieure du stylo-pharyngien s'engage entre lui et le stylo-plosse et s'en va donner une branche motrice au constricteur supérieur du pharynx, une branche sensitive à la base de la langue.

Le X (et ceci nous intéresse particulièrement) donne la sensibilité au voile du palais, au larynx, et à la partie buccale du pharynx.

Le XI donne par sa branche interne : 1° des fibres motrices pour le voile du palais ; 2° des fibres motrices pour le muscle crico-thyroïdien ; 3° des fibres cardio-modératrices ? La branche externe va donner des fibres motrices au trapèze et au sterno-cleido-mastoïdien.

Le XII contourne en demi-spirale le ganglion plexiforme du X et passe entre la jugulaire interne et la carotide. Il va donner ses filets terminaux aux muscles de la langue.



CHAPITRE II

Physiologie des quatre derniers nerfs craniens

I

Glosso-pharyngien. — Nerf mixte, deux symptômes sont caractéristiques de sa paralysie.

1° Troubles moteurs — paralysie du constricteur supérieur du pharynx.

2° Troubles sensitifs. — Altération du goût de la partie postérieure de la langue.

Étudions maintenant comment se manifestent chacun de ces deux symptômes.

1° Troubles moteurs. — Le constricteur supérieur du pharynx constitue la partie visible, lorsque la bouche est ouverte et à pour fonction (grâce au rétrécissement de calibre du pharynx) de permettre le cheminement des aliments. Essentiel pour la déglutition des solides sa paralysie (fait grave) se caractérise.

a) Au point de vue fonctionnel, par des troubles de la déglutition. Difficulté pour le malade d'avaler aucun aliment consistant et nécessité de grande absorption de

liquide pour faciliter cet acheminement.

b) Au point de vue clinique. — Le malade (la bouche ouverte, langue maintenue abaissée au moyen d'un abaisse-langue) prononçant le son *é* on observera la paroi postérieure du pharynx. Cette dernière se porte du côté malade vers le côté sain et obliquement de bas en haut. Mouvement comparable à un déclic d'appareil photographique ou à un mouvement de rideau.

2° Troubles sensitifs. — *a)* au point de vue fonctionnel abolition du goût, impossibilité pour le malade de différencier amer ou sucré.

b) au point de vue physique. — Atrophie et disparition des bourgeons gustatifs de la langue.

Ces troubles sensitifs ne constituent pas à eux seuls un élément suffisant d'appréciation de la paralysie du IX et doivent être associés aux troubles moteurs. Ces troubles de plus co-existent toujours avec la paralysie motrice quand le nerf est sectionné. Au cas où il s'agirait d'une compression légère ou d'une altération superficielle ils peuvent ne pas exister.

II

Pneumogastrique. — Le Pneumogastrique doit être considéré comme un nerf purement sensitif (Vernet) « par conséquent étranger à toute innervation motrice palato-pharyngo-laryngée. De même les fibres cardio-modératrices ne peuvent lui être rattachées et doivent être considérées comme faisant partie de la branche interne du spinal. »

La pasalysie du X entraîne :

1° Une altération de la sensibilité palato-pharyngolaryngée.

2° Divers troubles d'un grand intérêt.

1° L'altération de la sensibilité palato-pharyngolaryngée se caractérise par une hémianesthésie ou une hémihyperesthésie du voile du palais, du larynx et du pharynx. Pour ce qui concerne le voile, elle intéresse seulement la partie molle et s'arrête à la muqueuse palatine.

Cette altération constatée aussi bien au cours d'une lésion périphérique, radiculaire ou centrale du nerf implique une lésion plus ou moins destructive ou inhibitrice. L'Hémianesthésie est en règle générale fonction d'une destruction déjà avancée du nerf.

2° Les divers autres troubles consécutifs à la paralysie du X peuvent à leur tour se classer en

a) troubles d'excitation (irritation).

b) troubles d'inhibition (paralysie).

a) Troubles d'excitation :

1° *troubles hyperesthésiques*. — Hyperesthésie laryngée et du rameau auriculaire du vague. (Escat signe du Tragus.)

2° *douleur*. — spontanée, sensation de chatouillement, de constriction. Cette douleur peut être provoquée par pression du cartilage thyroïde du côté atteint.

3° *Toux*. — Symptôme fréquent toux quinteuse, coqueluchoïde semblable à celle de l'adénopathie trachéo-bronchitique. Apparaissant à tout moment parfois

la nuit, parfois sous l'influence d'une excitation psychique. Elle peut être provoquée par pression en avant du sterno-cleido-mastoïdien, derrière l'angle de la mâchoire du côté paralysé.

4° *Troubles respiratoires.* — On peut voir se produire sous l'effet d'une excitation forte un ralentissement de la respiration pouvant aller jusqu'à l'arrêt.

5° *Troubles de la salivation.* — La salivation peut être affaiblie ou exaltée suivant les cas. Dans le cas présent d'excitation il y aurait exagération sécrétion salivaire.

6° Joignons à ces divers troubles les vomissements, le hoquet et les troubles de la régulation de la pression artérielle de constatation peu fréquente.

b Troubles d'inhibition. — 1° Anesthésie totale intéressant voile pharynx et larynx ; peut s'accompagner d'anesthésie de la branche auriculaire du vague.

2° Troubles respiratoires. — Type pseudo-asthme.

3° Difficulté à être rassasié et faim après les repas.

III

Spinal. — Ncrf exclusivement moteur il se divise en deux branches. Etudions successivement ce qui a rapport à chacune d'elles.

A) **Branche interne.** — La paralysie de la branche interne se traduit :

a) par la paralysie du voile du palais dont les symptômes sont :

1° Signes fonctionnels, a) Nasonnement. — la voix est faible, étouffée; la prononciation des labiales est surtout malaisée.

b) Troubles de la déglutition pour les liquides le malade avalant de travers. Fréquente régurgitation nasale pour les liquides.

c) Troubles de l'audition hypoaconsie unilatérale par troubles de la pression de l'air dans l'oreille moyenne.

2° Signes physiques, Asymétrie et trouble, motricité. L'arc palatin paralysé peut être soit plus élevé du côté malade et attiré du côté opposé, ainsi que la luette et le raphémédian ; soit abaissé. L'examen des piliers montre normalement un mouvement de rideau du pilier postérieur.

Pendant la phonation le voile s'élève moins du côté malade.

b) Paralysie du Larynx. — 1° Signes fonctionnels. Au début aphonie se transformant par la suite en voix rauque et bitonale.

2° Signes physiques. — On constate soit une paralysie complète d'emblée, soit paralysie portant d'abord sur muscle crico, aryténoïdien postérieur. D'après Vernet trois modes de paralysies sont à distinguer.

a) Corde en position médiane.

b) Corde en position juxta médiane.

c) Corde en position intermédiaire ou cadavérique.

On peut également remarquer que l'aryténoïde du côté paralysé est plus en avant et en second lieu une déviation de l'épiglotte attirée du côté sain.

B) **Branche externe.** — Sa paralysie se traduit par une paralysie du trapèze et du sterno-cleido-mastoïdien.

a) Trapèze : *Paralysie du faisceau supérieur* :

1° Signes fonctionnels (manque souvent). Quand elle est présente elle se révèle par une difficulté dans le mouvement d'inclinaison de la tête du côté opposé.

2° Signes physiques : tonicité diminuée, élargissement du creux sus-claviculaire.

b) Paralysie du faisceau moyen acromial, signes physiques ; abaissement de l'épaule à l'état de repos et abaissement angle supérieur et externe de l'omoplate.

c) Paralysie du faisceau inférieur spinal. Signes physiques. — Écartement du bord spinal de l'omoplate de la ligne médiane, creusement de la poitrine et arrondissement du dos. L'omoplate est portée fortement en dehors et en bas.

B) *Sterno-cleido mastoïdien.* — La paralysie du sterno-cleido mastoïdien se reconnaît surtout à l'examen physique et électrique. Disparition de la saillie du muscle. Creusement et élargissement du creux sus-claviculaire.

IV

Grand hypoglosse. — Ce nerf est exclusivement moteur. Sa paralysie amène une atrophie de la langue du côté atteint, réalisant selon Koch et Marie un petit croissant (côté atrophié) entouré d'un croissant

plus grand (côté sain). A la palpation impression de mollesse caractéristique. La pointe est déviée du côté malade par action du génio-glosse sain. Les mouvements de la langue restent possibles, sauf toutefois celui consistant à creuser la langue en gouttière. On peut également constater des fibrillations vermiculaires.

Après avoir relaté ainsi la physiologie des quatre derniers nerfs craniens il nous faut dire deux mots des fibres cardio-modératrices. Ce qui nous a empêché de les classer comme appartenant à tel nerf c'est le doute qui existe encore sur leur origine, qui pour les uns, Josué et Heitz, dépendraient du vague ; pour les autres, Vernet, de la branche interne du spinal.

Pour Josué et Heitz les crises extrasystoliques seraient sous la dépendance d'une hyper-excitabilité des X et particulièrement du X gauche, lequel agirait plus spécialement sur le nœud de Tawara et sur les ventricules ; alors que l'action du vague droit est prépondérante sur le nœud du sinus. Pour d'autres, ces crises extrasystoliques (Vernet) seraient sous la dépendance d'une hyperexcitabilité de branche interne du spinal.

Comme il nous serait téméraire ici de trancher la question en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions, nous nous bornerons à signaler des crises de tachycardie ou extrasystolique lors d'un syndrome total de la paralysie des quatre derniers nerfs craniens sans vouloir pour cela les attribuer au domaine du X ou du XI.

CHAPITRE III

Diagnostic Étiologique

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici en détail chaque cause de compression ou de destruction des quatre derniers nerfs craniens. Nous nous bornerons simplement à les citer, renvoyant pour leur discussion à la thèse de M. Vernet, Lyon 1916.

Les lésions peuvent être d'ordre périphérique, radiculaires ou centrales.

A) Parmi les lésions périphériques citons :

1° Les traumatismes cause devenue depuis la guerre des plus fréquentes et dont nous rapportons dans la suite un exemple. Plusieurs cas ont déjà été cités par M. Sicard. (Société méd. des Hôpitaux, 15 février 1917.)

2° Les lésions ganglionnaires. Lésions soit bacillaires comme c'est le fait de la malade dont nous donnons plus loin l'observation soit spécifiques comme dans les cas publiés par M. Aloin et M. Vernet. Ces lésions semblent dépendre d'une hypertrophie des ganglions de Krause.

3° Les tumeurs vasculaires, anévrismes artério-veineux dont un cas est rapporté par M. Dufourmentel.

4° Les corps étrangers lésions plus fréquentes égale-

ment depuis cette guerre (Bellin et Vernet).

5° Les lésions inflammatoires et toxiques.

B) Parmi les lésions radiculaires citons :

1° Les tumeurs, les exostoses et l'ostéomyélite de la base du crâne ;

2° Les lésions par tubercules, gommes, plaques de méningite basale.

3° Tabes.

C) Parmi les lésions centrales :

1° Syringomyélie ;

2° Apoplexie (hémorragie ou thrombose).

3° Polioencéphalites.

4° Tabes.

Disons maintenant deux mots du diagnostic de siège. Une première notion nous est fournie par le début soit brusque, lésion centrale (apoplexie, syringomyélie, hémorragie, ramollissement) soit lent (lésion périphérique ou radiculaire). Dans ce cas nous devons rechercher l'ordre d'apparition des symptômes se rappelant qu'une compression exercée au niveau du tron déchiré postérieur lèse d'abord le spinal. Les formes périphériques sont unilatérales, sans participation de manifestation motrice ou sensitive, imputable à une lésion du névraxe. En faveur d'une lésion d'origine bulbaire nous noterons l'absence de réaction de dégénérescence.

De plus, les formes bulbaires sont rarement pures et sont fréquemment associées au tabes.

La forme radiculaire est fréquemment unilatérale mais associée à la paralysie d'autres nerfs craniens.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de MM. LORTAT-JACOB et HALLEZ.

(Centre de Neurologie de la 13^e région).

Tar... , X régiment d'infanterie, 33 ans, voiturier.

Blessé le 12 décembre 1914 à R... , par balle. Prisonnier de guerre, a du subir l'énucléation de l'œil droit pratiquée en Allemagne le 13 décembre 1914. Reconnu par la commission suisse atteint de lésions des nerfs X, XI et XII. La balle est entrée par l'œil droit et est sortie dans la région cervicale gauche, au niveau du bord postérieur de la mastoïde, à la hauteur du lobule de l'oreille (plus exactement à 3 centimètres au-dessus et en arrière de la pointe de la mastoïde gauche).

L'observation suisse porte comme symptômes fonctionnels observés : aphonie complète pendant un an, difficulté de la déglutition, voix rauque par la suite.

A son arrivée à Vichy en date du 27 juin 1917 au centre de neurologie, l'examen pratiqué nous montre :

1^o *Au cou.*— A l'inspection atrophie manifeste du sterno-cleido-mastoïdien et du chef supérieur du trapèze.

Exagération du creux sus-claviculaire, saillie claviculaire. L'épaule gauche est légèrement abaissée.

Le dos est un peu voûté ; on constate que l'angle scapulaire supérieur est un peu plus éloigné de la colonne vertébrale, du côté gauche. Les muscles prétrachéaux sont sensibles à la palpation. Lorsque le blessé veut lever le bras, on constate que l'élévation de l'épaule gauche est incomplète et s'accompagne d'un mouvement de bascule de l'omoplate.

Électro-diagnostic des muscles trapèze et sterno-cleido-mastoïdien. — Troubles quantitatifs aux deux courants. R. D. dans le domaine de la branche externe du XI, importante au niveau des faisceaux inférieur et moyen du trapèze.

2° A l'ouverture de la bouche, la langue ne peut être projetée au-delà de l'arcade dentaire. Dans cet effort de projection on remarque que la pointe est déviée vers la gauche. De plus on note une hémiatrophie gauche. A la palpation sensation de mollesse. L'électro-diagnostic donne des troubles quantitatifs des deux courants avec R. D. dans les muscles de la langue.

La sensibilité est à peu près normale. Pas de difficulté à la perception du sucré, du salé. Toutefois la quinine est perçue plus tardivement particulièrement à la partie postérieure de la langue.

3° Le voile du palais. — Il présente une légère asymétrie. La luvette a sa pointe un peu déviée vers la gauche et le côté gauche du voile est moins tendu que le côté droit. Pendant les mouvements d'élévation du voile la déviation de la luvette s'exagère tandis que la partie supérieure du voile se porte vers la droite et qu'une concavité se creuse dans la moitié gauche. La sensibilité est un peu diminuée à gauche.

4° *Le pharynx.* — A l'examen on constate un « mouvement de rideau » de la paroi postérieure du pharynx avec translation vers la droite et ceci un peu obliquement de bas en

haut. La sensibilité est légèrement exagérée.

5° *Le Larynx*. — A l'examen du Larynx pratiqué par le docteur Chouquet on constate :

Paralysie de tout l'hémilarynx gauche. La corde vocale gauche est immobilisée en position para-médiane. L'aryténoïde gauche est immobile. La corde est légèrement terne et flasque, ni troubles asphyxiques, ni troubles dysphagiques. Pas de troubles de la sensibilité nets. A la pression du cartilage thyroïde pas de douleur provoquée.

Examen ophtalmologique. — Pas d'énophtalmie, ni rétrécissement de la feute palpébrale. Réflexe à la lumière conservé. Fond d'œil normal. •

Appareil cardio-vasculaire. — Pouls à 88, régulier. Après exercice fatigant arythmie manifeste. Réflexe oculo-cardiaque conservé même légèrement exagéré.

84-70 après exercice 108-82.

Appareil pulmonaire, appareil auditif normaux.

Système nerveux. — Pas d'exagération, ni diminution des réflexes aucun trouble des sphincters.

État général. — Bon.

Examen radiographique. — Pas de projectile visible dans le massif osseux de la face.

Cet examen fait, recueillons les divers troubles fonctionnels accusés par le malade.

Tout d'abord 1° voix rauque bitonale, gêne de la parole plus accusée en plein air ou par temps humide.

2° Déglutition normale pour les liquides, qui ne refluent pas par le nez. Gêne de la déglutition pour les solides.

Le blessé fait décrire aux aliments une courbe spéciale les envoyant vers la partie droite de la bouche, puis inclinant la tête vers l'épauche gauche. Sans cesse les particules

alimentaires ont tendance à être projetées dans le sillon gingo-buccal gauche et de là le blessé est obligé d'aller les chercher avec le doigt.

3° Pas de douleur au niveau du larynx, ni au niveau du conduit auditif externe. Pas de troubles salivaires. Pas de toux (sauf quand la déglutition est gênée), pas de troubles respiratoires. Pas de hoquet. Pas de vomissements.

Depuis l'époque à laquelle a été pratiqué cet examen, le blessé n'a présenté aucune amélioration notable et a été réformé deux mois après. Le diagnostic s'impose ici de paralysie des quatre derniers nerfs crâniens en faisant une réserve toutefois pour ce qui concerne le pneumogastrique dont la lésion ne paraît que partielle. Il semble bien qu'aucun traitement ne soit susceptible de provoquer une amélioration et le pronostic reste réservé.

OBSERVATION II

Recueillie dans le service du Docteur LORTAT-JACOB
à Lariboisière (janvier 1918).

Mlle Jou... Henriette, 35 ans, célibataire, posticheuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans de cardiopathie.

Mère morte à 40 ans, bacillaire.

2 frères morts de bacilliose.

1 sœur vivante bien portante.

2 autres sœurs vivantes, bacillaires.

Antécédents personnels. — La malade a été difficile à élever. A deux ans coqueluche. A quatre ans rougeole. A dix ans croup. Réglée à 10 ans et demi, régulièrement jusqu'à l'âge de 32 ans, époque à laquelle les règles disparaissent.

A 20 ans la malade doit s'aliter trois mois, souffrant des jambes et ayant de la difficulté à se tenir debout. A 25 ans elle a des crises convulsives sans perte de connaissance, mais avec absence de la parole et amnésie consécutive. Ces crises surviennent à n'importe quel moment de la journée et jusqu'à vingt fois par jour. A cette date dyspepsie nerveuse. A 25 ans pleurésie droite et bronchite. Depuis poussées de bronchite chaque hiver avec toux quinteuse le matin. Pas d'expectoration. Enfin depuis très longtemps céphalée persistante à prédominance occipitale exagérée par le bruit et la lumière et sujette à des recrudescences. Vomissements fréquents, hoquet, régurgitations.

Maladie actuelle. — Il y a quatre ans la malade a des troubles de la voix Elle éprouve de la difficulté à parler. Puis elle entend de moins en moins de l'oreille droite et voit moins bien de l'œil droit. Assez fréquemment crises de palpitations avec douleurs précordiales. Il y a trois ans elle éprouve de la difficulté pour avaler, elle est sans cesse obligée de mâcher du côté gauche et de boire beaucoup (plus de deux litres et demi par jour) afin de faciliter la déglutition des aliments. De plus elle remarque une diminution du goût, vomit fréquemment ce qui l'oblige à manger peu à la fois.

Depuis un an la malade ressent une douleur dans l'épaule droite, elle souffre continuellement et ne peut effectuer de manœuvre de force de ce côté. Difficulté également pour tourner la tête vers la gauche. La céphalée va sans cesse en augmentant et présente des périodes d'exacerbation.

La difficulté à parler augmente. Les mots longs sont particulièrement pénibles à prononcer ; la malade devant reprendre haleine. La dysphagie s'exagère. Enfin la malade s'aperçoit qu'une petite tumeur se développe (grosse comme une noix)

au-dessous de l'oreille droite. Tumeur qui continua à grossir depuis. La face est très congestionnée, la céphalée est permanente et très forte. Les crises convulsives se multiplient et présentent peu de caractères d'organicité.

Il y a trois mois. — La malade dit avoir eu trois fortes épistaxis en une semaine.

Pendant ces quatre années, période pendant laquelle elle a maigri de 56 kg. à 45 kg, poids actuel, la malade a suivi les traitements suivants. Soignée d'abord chez elle (fumigations) elle entre en 1915 à Lariboisière où elle reste successivement cinq mois Salle Louis et six mois Salle Haran.

De là va au Sanatorium de Brévannes où une prise de sang est faite et le Wassermann négatif. Après y être resté treize mois revient à Lariboisière Salle Louis le 13 Novembre 1917. A son entrée le Wassermann dans le sang est négatif. Le 5 Décembre 1917, le Wassermann fait dans la liquide céphalo-rachidien étant positif on fait à la malade quatre injections intraveineuses de Néo Salvarsan à huit jours d'intervalle, puis une série d'Hectine du 7 janvier 1918 au 13 février enfin ce dernier est remplacé par un traitement d'iodure de potassium. Le 13 février 1918 on pratique un drainage filiforme de sa tumeur sous-mastoïdienne (Chaput).

Le 15 février 1918, la malade est adressée au Dr Lortat-Jacob par le Dr Galliard. La courbe de température qui nous est communiquée montre qu'il existe depuis quatre mois environ, une fièvre vespérale, qui atteint 38 ou 39, courbe très capricieuse suivant les jours.

Examen. — La malade assise dans son lit, le facies légèrement coloré présente à un premier examen.

1° Tout d'abord une paralysie faciale droite dont on suit l'aggravation sur la série de photographies présentées par la

malade. Actuellement cette paralysie est constituée par un effacement des plis du visage et en particulier du sillon nasogénien. Il existe une légère déviation de la commissure labiale avec un peu d'atrophie des muscles de la face. Les paupières se ferment incomplètement. Les rides du front sont moins marquées de ce même côté droit. Il existe une flaccidité de la joue, la malade ne peut siffler que très difficilement. Le signe de Charles Bell est très léger. Pas de troubles de la sensibilité appréciable dans le domaine du trijumeau.

2° Une tumeur du volume d'une grosse noix située au dessous de la mastoïde droite à un travers de doigt au dessous du lobule de l'oreille (limite supérieure) et dont la partie antérieure ne dépasse pas la branche montante du maxillaire. A la palpation cette tumeur est mobile sous la peau, mais fixe dans la profondeur. Cette recherche n'est pas douloureuse.

Sous l'angle de la mâchoire on trouve également à la palpation une autre petite tumeur indépendante de la première, celle-ci du volume d'une noisette et mobile. Parotide intacte.

3° Un abaissement tout à fait notable de l'épaule droite ainsi qu'une atrophie du trapèze et du sterno-cleido-mastoïdien.

Étant donné ces deux derniers symptômes et vu l'interrogatoire de la malade, son aphonie, nous sommes amenés à nous demander quel est l'état de ses quatre derniers nerfs crâniens et en rechercher systématiquement les troubles qui pourraient relever d'une paralysie de l'un d'eux.

Dans le domaine du IX nous notons :

1° Une parésie très nette du muscle constricteur supérieur du pharynx qui est attirée vers la gauche suivant le mouvement net de rideau décrit par Vernet.

2° Une altération du goût dans la partie postérieure de la langue.

La malade ne reconnaissant plus la saveur de la quinine, du sel ou du sucre.

Dans le domaine du X :

1° Anesthésie de la moitié droite du voile du palais, du pharynx et du larynx.

2° Anesthésie de la branche auriculaire du vague, au niveau du tragus.

3° Douleur. Sensation de chatouillement, parfois intense, constriction avec ictus laryngé et cornage.

Douleur non provoquée par la pression du cartilage thyroïde.

4° *Toux*. — Sèche, quinteuse, coqueluchoïde. La malade se rappelle qu'assez souvent les passants s'arrêtaient en l'entendant tousser. Toux survenant souvent après les repas, mais ne pouvant être provoquée par la pression en avant du sterno cleido-mastoïdien derrière l'angle de la mâchoire du côté paralysé.

5° *Troubles salivaires*. — La malade a toujours la bouche sèche ce qui l'oblige à boire souvent même la nuit.

6° Vomissements fréquents après les repas.

7° *Troubles respiratoires*. — Crises d'oppression, sensation d'étau serrant le haut de la poitrine; particulièrement crises nocturnes.

8° Il n'y a pas de troubles de régulation de la pression artérielle. A l'examen fait au Pachon on trouve 14 et 7. Après injection d'un milligr. d'atropine la pression n'a pas changé au bout d'une heure d'observation.

Dans le Domaine du XI. — A BRANCHE INTERNE. — Le

professeur Sébilean à qui a été confié l'examen du larynx, a constaté.

1° Paralyse du voile du palais concordant avec les symptômes fonctionnels accusés par la malade relativement à sa voix nasonnée et sa gêne pour l'absorption des liquides.

2° En ce qui concerne le larynx. Immobilité complète de l'appareil aryténoïdien droit, corde vocale droite immobile en position intermédiaire ou cadavérique. Légère chute de la cornicule dans la cavité laryngée.

B. BRANCHE EXTERNE : 1° Trapèze paralysé presque totalement avec atrophie musculaire considérable et R. D. Abaissement de trois centimètres de l'angle supéro-interne de l'omoplate. Perte de parallélisme entre le bord spinal de l'omoplate droite et le rachis mesurée par un écartement de 11 cent. en haut et de 8 cent. et demi seulement en bas. Le dos paraît légèrement voûté.

2° Sterno-cleido mastoïdien. — Paralyse totale avec R. D. Exagération du creux sus-claviculaire et saillie de la clavicule. Cou aplati du côté droit.

Dans le domaine du XII. — La moitié droite de la langue est atrophiée, d'aspect fissurée, ratatinée, molle à la palpation. La langue tirée au dehors est fortement déviée à droite. Tous les mouvements sont possibles. Quelques fibrillations vermiculaires.

Examen ophthalmologique. — Myosis léger à droite sans énoptalmie, ni rétrécissement de la feute palpétrale. Fonds normaux, tension oculaire normale. Diplopie, parésie du droit supérieur à droite. Pas de signe d'Argyll.

Appareil respiratoire. — Légère rudesse inspiratoire à droite.

Appareil cardio-vasculaire. — La pointe bat dans le

4^e espace à un travers de doigt de la ligne mamelonnaire, pouls 114 à la minute, non modifié par injection d'1 mmg. d'atropine. Reflexe oculo-cardiaque après compression oculaire bi-latérale pendant trente secondes, pouls : 106.

Après exercices légère arythmie.

Appareil auditif. — Montre entendue à gauche à quinze centimètres, à droite seulement à quatre centimètres.

Système nerveux. — Pas de troubles des réflexes, insomnies. Une ponction lombaire a montré un liquide céphalo-rachidien non hypertendu, limpide, mais présentant une lymphocytose légère avec une hyperalbuminose manifeste.

Appareil digestif. — Langue fréquemment suburrale ; gastralgie caractérisée, par douleurs après les repas et augmentant par ingestion d'aliments, douleurs comparables à des brûlures, constipation.

Appareil génito-urinaire. — Règles supprimées depuis deux ans et demi, urines normales.

Etat général. — Amaigrissement très notable. La face paraît plus colorée à gauche.

Depuis ces quatre dernières années la malade n'a remarqué aucune amélioration dans son état. De nouveaux symptômes défavorables s'ajoutant sans cesse. Le traitement qui nous aurait donné sans aucun doute de bons résultats en cas de syphilis est resté sans effet. Le pronostic semble devoir être très réservé.

DISCUSSION

Ces deux observations nous montrent : Dans le premier cas un exemple de paralysie traumatique des quatre dernières paires craniennes surtout accusé pour le IX le XI et le XII vraisemblablement lésées au niveau de la base du crâne, soit pour le projectile lui-même soit par une fracture au niveau du trou déchiré postérieur.

Dans le second cas au contraire il s'agit incontestablement d'une paralysie spontanée des quatre derniers nerfs craniens associés à des troubles paralytiques dans le domaine du facial de l'auditif, du moteur oculaire commun avec atteinte légère du sympathique. l'existence d'une adénopathie carotidienne particulièrement marquée à l'extrémité antérieure de la chaîne ganglionnaire (du côté des ganglions de Kranse) permet de penser à une compression des nerfs craniens au niveau du trou déchiré postérieur, compression qui s'est étendue secondairement du côté du facial au niveau du trou stylo-mastoïdien. La nature bacillaire de cette adénopathie ne permet aucun doute et l'atteinte des autres nerfs craniens (VIII et III) peut être expliquée par une pachyméningite compressive au niveau de leur émergence

ainsi que l'atteste les céphalées fréquentes, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et surtout l'augmentation de la teneur en albumine.

Il s'agirait donc dans le cas particulier, d'une cause exocranienne de paralysie des quatre derniers nerfs et du facial, associée à une paralysie endocranienne des VIII et III par réaction méningée de voisinage (pachyméningite).

L'origine périphérique de ces paralysies multiples est incontestable ainsi que l'atteste les troubles des réactions électriques. D'autre part on ne connaît pas d'exemple de paralysies centrale nucléaires ainsi étendues et purement unilatérales.

CONCLUSIONS

L'étude de ces observations que nous venons de rapporter nous permet de conclure :

1° A la possibilité d'une lésion entraînant la paralysie commune des quatre derniers nerfs craniens :

a) A la suite d'un traumatisme ;

b) A la suite d'une hypertrophie ganglionnaire (dans le domaine des ganglions de Kranse) d'origine tuberculeuse.

2° A la plus grande fréquence de ce syndrome depuis la guerre et depuis la recherche plus systématique des troubles attribuables à la paralysie de chacun de ces nerfs.

3° Au pronostic habituellement réservé de ces paralysies multiples, lorsqu'il ne s'agit pas de syphilis ; les seuls cas suivis d'amélioration étant précisément ceux où un traitement spécifique intensif a pu être institué.

4° La paralysie des quatre dernières paires craniennes peut être isolée, constituant le syndrome de Collet et Vernet pur, ou s'accompagner au contraire de trou-

bles paralytiques des autres nerfs craniens.

5° La cause de ces paralysies associées est pour ainsi dire toujours périphérique lorsqu'elles sont unilatérales.

Vu :

Le Président de Thèse,

MARFAN.

Vu

Le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALOIN. — Syndrome du trou déchiré postérieur. Paris médical 12 janvier 1918, page 40.
- ATHANARSIO-BENISTY. — Formes cliniques des lésions des nerfs, Paris, Masson 1916, pages 229 à 234.
- AVELLIS. — Berliner Klini K. 1891 X L.
- BELIN et VERNET. — Syndrome du trou déchiré postérieur par corps étranger, Marseille médical 1^{er} décembre 1916.
- BELIN et VERNET. — Sur l'extraction des corps étrangers de la base du crâne. Marseille médical 15 juillet 1917.
- COLLET. — Hémiplégie glosso-scapulo-pharyngée. Lyon médical, 1^{er} Avril 1915 n° 4.
- CONTEAUD. — Lésions du sympathique cervical dans les plaies de guerre. Soc. de Chirurgie, 3 février 1915.
- DEJÉRINE. — Sémiologie du système nerveux, Masson 1914, page 587 à 594.
- DESERVINE. — Observation d'un syndrome d'Avellis. Annales des maladies du larynx 1901, page 534.
- DUFOURMENTEL. — Anévrisme artério-veineux de la caro-

tide int rine et du golfe de la jugulaire. Presse médicale 22 janvier 1917.

ESCAT. — Innervation du pharynx. Maladies du pharynx, Masson 1900.

GUILLAIN. — Symptomatologie de la paralysie du glosso-pharyngien. In Pratique Neurologique de P. Marie.

HALPHEN. — Observation d'un syndrome du trou déchiré postérieur. Presse médicale, 9 juillet 1917.

JACKSON. — Syndrome de Jackson. British Medical Journal, 2 mars 1883.

JOSN  et HEITZ. — Crises extrasystoliques sous la dépendance d'une hyperexcitabilité du pneumo-gastrique. Archives des mal. du cœur, septembre 1915.

LANAOIS et PASTEL. — Lyon Chirurgical, Octobre 1915.

LANNOIS et PASTEL. — Anévrysme artério-veineux de la carotide interne et du golfe de la jugulaire (Lyon médical Mai 1917, page 230) et revue Chirurgie, Janv. Févr. 1917.

LANNOIS et BOUCART. — Observation d'un syndrome d'Avellis, Lyon Médical, janv. 1917.

LANNOIS, SARGNOU et VERNET. — Revue neurol. juin 1916 N  6 page 943 syndrome total d s quatre derniers nerfs craniens.

LERMOYEZ. — De la non ingérence du nerf facial dans les paralysies du voile du palais, Soc. française de laryngologie, mai 1898.

MAC KENZIE. Observation d'un syndrome d'Avellis, British medical Journal 3 Mars 1883.

MOLINIÉ. — Observation d'un syndrome d'Avellis. Revue

hebdomadaire de Laryngologie 2 Oct. 1897.

MORESTIN. — Paralyse de la langue pour section des 2 nerfs, grands hypoglosse, Soc. chirurgie, 23 juin 1915.

Section du facial du lingual et du maxillaire sup. par le même projectile. Soc. Chirurgie, 30 juin 1915.

MORESTIN. — Lésions par projectiles des nerfs facial pneumo-gastrique, spinal et grand hypoglosse Soc. de chirurgie 5 janvier 1916.

MOURE. — Presse médicale, 3 Avril 1916.

POLI. — Sur le diagnostic d'origine centrale ou périphérique d'un syndrome d'Avellis. Communication au IX^e Congrès de la soc. italienne de laryngologie, otologie et rhinologie, Rome 1905.

ROGER H. — Réflexe œsophago-salivaire.

ROSE et LEMAITRE. — Observation d'un syndrome d'Avellis, Annales maladies de l'oreille 190 f. N^o 11.

SCHMIDT. -- Die Krau Kheiten der oberer et Luftwege Berlin 1897, page 48.

SEIFFER. — Berlin klinische wochens 1903, n^o 41.

SICARD. — Paralyse du nerf spinal externe. Revue neurologique 1909 et Mouv. médical février 1913.

SICARD. — Syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur type pur de paralysie des 4 derniers nerfs crâniens. Soc. médicale des hôp., 16 février 1917.

SICARD. — Syndrome total des 4 derniers nerfs crâniens. Marseille médical, 1^{er} mars 1917.

SICARD et BOLLACK. — Hémiplegie laryngo-vélo-scapulo pharyngée avec tachycardie. Soc. neurol. décembre 1912.

- SICARD et RIMBAULT. — Syndrome total des 4 derniers nerfs crâniens. Paris médical, 8 septembre 1917.
- TAPIA. — Communication congrès de Lisbonne, 1905.
- TILLEZ. — Observation du syndrome d'Avellis. Soc. laryng. Londres, 2 décembre 1898.
- THOMAS A. — Paralysie multiple des nerfs crâniens. Soc. neurol., 1^{er} juillet 1915.
- VERNET. — Paris médical, janvier 1916.
- VERNET. — Sur le syndrome des quatre dernières paires crâniennes d'après une observation personnelle chez un blessé de guerre. Soc. méd. des hôpitaux, 18 février 1916.
- VERNET. — Thèse de Lyon, mars 1916. Paralysies laryngées associées.
- VERNET. — Paralysie du glosso-pharyngien. Paris médical, 23 déc. 1916.
- VERNET. — Syndrome du trou déchiré postérieur. Paris médical, 27 janvier 1917.
- VERNET. — Paralysie du pneumogastrique, Paris médical, 10 mars 1917.
- VERNET. — Marseille médical 1^{er} juin 1917.
- VILLARET. — Syndrome de l'espace rétro-parotidien post., Paris médical 26 Mai 1917.
- WALTER. — Lésion des deux hypoglosses, Revue neurologie. Avril Mai 1916 n° 4 et 5.
- WUTZMANN. — Zeitschrift für Ohrenheilkunde 1910-Livre 61, page 46.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
Chapitre I.....	15
Chapitre II.....	19
Chapitre III.....	27
Symptomatologie :	
Observation I. — Accidentelle	29
Observation II. — Adénopathie bacillaire.....	32
Conclusions.....	41
Bibliographie.....	43



